

RESUMOS DOS TRABALHOS APRESENTADOS NO 85º CONGRESSO DA “AMERICAN SOCIETY OF COLON AND RECTAL SURGEONS” REALIZADO NA CIDADE DE HOUSTON, TEXAS, USA, DE 11 A 15 DE MAIO DE 1986

Renato A. Bonardi

Ressecção Local Curativa de Câncer Retal

JEFFREY E. KYLLO, JOHN T. ISLER, F. GARY LEWIS, ALAN MORGAN, PAUL C. BROWN, RICHARD P. BILLINGHAM – Seattle, Wa.

A ressecção local curativa para o câncer de reto representa uma alternativa à amputação abdominoperineal do reto em lesões distais que preencham alguns critérios aqui estabelecidos. Existe um desacordo entre outros autores com relação aos critérios que são mais importantes para selecionar os pacientes passíveis de serem submetidos a esta técnica. Foram avaliados pelos autores 72 pacientes submetidos a ressecção local de câncer retal, dos quais 33 preencheram os critérios de escolha do estudo: lesões sésseis, ressecadas por via anal, com critérios de curabilidade e com seguimento de até 5 anos ou quando uma recidiva tenha sido diagnosticada. A sobrevida geral do grupo em 5 anos foi de 88%, e a recidiva local de 24%. Profundidade de invasão e a ressecção completa do tumor foram os fatores mais importantes relacionados à recidiva. Dos 8 pacientes que tiveram recidivas, 5 foram salvos com cura a longo prazo. Os autores concluem que a ressecção local curativa para o câncer de reto pode ser utilizada para lesões pequenas, não ulceradas, móveis, moderadamente ou bem diferenciadas, que não se estendam mais profundamente que a submucosa e que não estejam associadas a possíveis linfonodos pélvicos.

Ressecções Ampliadas para Adenocarcinoma Localizado e Avançado de Reto

B.A. ORKIN, R.R. DOZOIS, D.E. PATTERSON. R.C. BENSON

Para determinar a morbidade, a mortalidade per-operatória e o prognóstico a longo prazo de pacientes submetidos a ressecções ampliadas de adenocarcinoma localizado e avançado do reto, os autores fizeram uma revisão da experiência com 65 pacientes operados por esta técnica entre 1950 e 1984. Invasão local sem metástases à distância estava presente em todos os pacientes, e uma ressecção em bloco dos órgãos envolvidos com o intuito de cura foi realizada em todos os casos. A média das idades foi de 61,2 anos (variando de 28 a 87 anos): 15 (23,1%) eram do sexo masculino e 50 (76,9%) do feminino. As operações realizadas incluíram: ressecção abdominoperineal do reto em 37 pacientes (56,9%), ressecção anterior em 20 (30,8%) e operação de Hartmann em 8 doentes (12,3%). Complementarmente, 34 das 42 mulheres (81%) com úteros sem patologias foram submetidas a histerectomia em bloco; 37 das 48 mulheres (77,1%) com ovários intactos tiveram uma ooforectomia em bloco; e 25 das 50 mulheres (50%) foram submetidas a uma vaginectomia. Dezesete dos 65 pacientes (26,2%) tiveram uma cistectomia e em 2 pacientes uma porção do intestino delgado foi ressecada em continuidade com o tumor. O exame anatomopatológico mostrou comprometimento

mento em linfonodos em 29 pacientes (44,6%) e confirmação histológica de comprometimento de órgão adjacente em 36 pacientes (55,4%). O diâmetro máximo do tumor foi de 15 cm e o menor de 1,2 cm com uma média de 6,3 cm.

Não houve mortalidade per-operatória. A sobrevida média foi de 4,9 anos (variando de 4 meses a 28 anos), e 25 pacientes (38,5%) ainda estavam vivos após uma média de 9,3 anos. A sobrevida geral em 5 anos foi de 53,5%. Trinta e oito doentes morreram durante o período de seguimento, com 26 (68,4%) dessas mortes atribuídas diretamente ao carcinoma. A recidiva tumoral foi observada em 27 pacientes após uma média de 16,7 meses, enquanto que outros 32 doentes não mostraram evidência de tumor. A probabilidade cumulativa de recidiva tumoral em 5 anos foi de 46,1%.

Baseados nestes resultados, os autores concluem que o tratamento agressivo em adenocarcinoma retal avançado leva a bons resultados em um grupo selecionado de doentes.

Recidiva de Câncer Retal Pós-Ressecção Curativa Anterior com o Uso do Grampeador Cirúrgico ("Stapler") EEA, para Tumores do Terço Médio e Inferior do Reto

PAOLO COLOMBO, CARLO L. SCOTTI FOGLIENI, CARLO MORONE – Pavia, Itália.

É um problema muito importante na clínica diária a recidiva tumoral do câncer do reto após uma ressecção anterior curativa da lesão. As operações que preservam o mecanismo esfinteriano e o uso de grampeador cirúrgico para anastomoses automáticas trouxeram um novo alento ao tratamento cirúrgico das lesões retais. O aumento do número de operações desta natureza necessita de um estudo bastante apurado para averiguar a incidência de recidiva neoplásica com estas técnicas, comparadas aos resultados obtidos pela amputação abdominoperineal do reto.

Neste trabalho os autores comparam o índice de recidivas em pacientes com carcinoma do terço médio do reto (6 a 12 cm da margem anal) e terço inferior (menos de 6 cm da margem anal), tratados por ressecções potencialmente curativas com reconstituição da continuidade do trânsito intestinal e a ressecção radical com amputação abdominoperineal do reto.

Material e Métodos – Entre janeiro de 1977 e dezembro de 1981, 93 pacientes foram submetidos a tratamento cirúrgico curativo de câncer do reto. Ressecção Anterior com Anastomose (RAA) realizada em 61 pacientes (55[90,2%] para Ca

do 1/3 médio e 6[9,8%] para tumores do 1/3 inferior do reto). Amputação Abdominoperineal do Reto (AAR) foi realizada em 32 doentes (13[40,6%] com tumores do 1/3 médio e 19 [59,4%] do 1/3 inferior do reto). O tamanho do tumor, o estadiamento de Dukes, o grau de anaplasia tumoral e a extensão local foram cuidadosamente anotados em cada paciente. A distribuição tumoral segundo a classificação de Dukes foi RAA e AAR, respectivamente: Dukes A: 7/1; Dukes B: 27/10; Dukes C: 25/18; Dukes D: 2/3. A margem de ressecção livre de tumor nas RAA variou de 2 a 4 cm. Os dados obtidos foram submetidos a estudo estatístico.

Resultados – Durante um seguimento de quatro anos a recidiva geral de tumores em pacientes tratados por RAA foi de 20,4%, e com AAR foi de 22,7%. Recidiva local foi de 9,3% com RAA e 10,4% com AAR. Metástases a distância foram observadas em 11,1% com RAA e 12,3% com AAR.

Conclusões – Os índices de recidiva de carcinoma após cirurgia potencialmente curativa RAA e AAR, em tumores do 1/3 médio e inferior do reto, não apresentam diferenças na nossa experiência. A radicalidade das duas operações é provavelmente idêntica e a recidiva se deve ao estadiamento do tumor e à sua diferenciação histológica. Entretanto os elevados índices de recidiva por RAA escritos na literatura sugerem controle mais específico e seguimento mais prolongado. É necessário também estabelecer critérios bem definidos para a seleção de pacientes que devem ser submetidos a operações que preservam o mecanismo esfinteriano.

Ressecção Ampliada para Carcinoma de Reto Recidivado

A.N. BRANNAN, G.G. WOLFF, K.C. PODRATZ, R.R. DOZOIS, R.W. BEART, R.E. SIMMONDS – Rochester, Mn.

O objetivo dos autores foi o de determinar se ressecções ampliadas de recidivas locais de câncer retal podem ser realizadas com uma mortalidade aceitável e se estes procedimentos extensos têm alguma influência na sobrevida do paciente. Foram revisados todos os prontuários de doentes submetidos a ressecções ampliadas de tumores colorretais recidivados na pelve, entre 1956 e 1984. Distribuição demográfica, tipo histológico do tumor, cirurgia, recidiva, morbidade, mortalidade e sobrevida foram os dados obtidos para o estudo. Resultados: quinze pacientes foram identificados (13 mulheres e 2 homens; média de idade 59 anos [29 a 78 anos]). O

tempo médio observado da primeira recidiva foi de $28,3 \pm 7,8$ meses (7,0 a 125 meses). A localização da recidiva foi na pelve, freqüentemente envolvendo a anastomose, a vagina ou a bexiga. Foram realizadas 16 ressecções ampliadas nestes 15 pacientes, para recidivas locais. A extensão do ato cirúrgico variou desde uma ressecção abdominoperineal do reto com colpectomia posterior até uma exenteração pélvica total. Complicações graves ocorreram em 50% e pequenas em 6%. A mortalidade no hospital foi de 12,5%. Outras recidivas ocorreram em 11 das 16 ressecções ampliadas (69%) com um tempo médio de aparecimento da recidiva de $9,3 \pm 2,1$ meses (2 a 24,5 meses). A sobrevida média dos 10 pacientes que desenvolveram recidivas foi de 18,9 meses (5 a 50 meses). Em 4 pacientes não houve evidências de recidivas (27%) com uma média de sobrevida de $70,8 \pm 42$ meses (7,5 a 194 meses). Conclusões: a ressecção ampliada de recidivas locais do câncer de reto foi benéfica em alguns pacientes. Houve, entretanto, uma morbidade e mortalidade pós-operatória significativa. Devido à falta de uma outra alternativa efetiva para o tratamento desta situação, acreditam os autores que a ressecção ampliada é razoável. A terapêutica adjuvante deve ser considerada em vista da alta incidência de outras recidivas após a reoperação.

Resultados de Radioterapia Eletiva ± Quimioterapia em Linfonodos Inguinais em Carcinoma do Canal Anal

B.J. CUMMINGS — Toronto, Ontário, Canadá.

Os resultados da Radioterapia de Linfonodos Inguinais (RLI), realizada de modo eletivo em 112 pacientes portadores de carcinoma primário do canal anal, sem evidência de metástases em linfonodos inguinais, foram submetidos a análise estatística. O tratamento inicial foi feito com radioterapia ou com radioterapia e quimioterapia com 5-Fluorouracil e Mitomicina C. A ressecção cirúrgica só foi realizada nos pacientes com tumor residual ou recidivado.

Metástases inguinais ocorreram em 6/33 (18%) pacientes que não receberam RLI, mas somente em 2/79 (2,5%) pacientes que tiveram seus linfonodos inguinais irradiados. Não houve aumento da mortalidade a longo prazo atribuída à RLI.

O valor potencial de prevenção do desenvolvimento de metástase inguinais, detectáveis clinicamente, foi posteriormente estudado em um grupo de 42 pacientes que tiveram metástases inguinais comprovadas. Estes pacientes foram tratados por Radioterapia + Quimioterapia + Cirurgia. O controle

pós-operatório foi obtido em só 24/42 (57%) pacientes, e houve considerável morbidade. Concluindo-se que era preferível prevenir o desenvolvimento das metástases inguinais sempre que possível.

Embora o risco do desenvolvimento de metástases inguinais tardias seja relativamente pequeno, a RLI é uma técnica simples e eficiente que reduz este risco e com pouca morbidade. A radioterapia inguinal eletiva deve ser incluída em pacientes com carcinoma de canal anal submetidos a radioterapia eletiva, sem evidência clínica de metástases inguinais e tratados por Radioterapia + Quimioterapia.

Colectomia em Cirróticos

A.M. METCALF, R.R. DOZOIS, B.G. WOLFF, R. W. BEART — Rochester, Mn.

Foram estudados 54 pacientes com cirrose documentada, submetidos a colectomia entre janeiro de 1970 e janeiro 1984, com o objetivo de determinar o risco operatório e prever os fatores de risco.

A mortalidade no hospital foi de 24% e as complicações pós-operatórias ocorreram em 48% dos pacientes. O risco da intervenção cirúrgica foi significativamente maior nos pacientes com: encefalopatia, ascite, anemia e hipoalbuminemia.

	Mortalidade qdo. presente % (n)	Mortalidade qdo. ausente % (n)	valor P
Encefalopatia	100% (3/3)	20% (10/51)	< 0,0001
Ascite	47% (7/15)	15% (6/39)	< 0,001
Anemia	42% (10/24)	10% (3/30)	< 0,002
Hipoalbuminemia	29% (8/28)	0% (0/10)	< 0,06

Apresentam os autores um índice de risco cirúrgico previsível que diferencia um grupo de alto risco de outro de baixo risco cirúrgico em que a mortalidade operatória é respectivamente de 53% e 13%.

Anastomose Colo-Anal: Estado Atual

D.B. DRAKE, J.H. PEMBERTON, B.G. WOLFF, R.W. BEART Jr., R.R. DOZOIS — Rochester, Mn.

Anastomose colo-anal tem sido defendida como uma excelente opção no manejo cirúrgico das lesões retais distais. Com o objetivo de analisar os resultados da anastomose colo-anal na Clínica Mayo, os autores fizeram uma revisão dos pacien-

tes submetidos a este tipo de cirurgia entre 1979 e 1985. O seguimento foi feito por carta ou contato telefônico.

Resultados — Vinte e nove pacientes (média de idade: 61 anos, [24 homens e 5 mulheres]) foram submetidos a anastomose colo-anal. Três pacientes tinham já um reservatório antes da anastomose (10%). Dezesesseis pacientes (55%) tiveram uma colostomia protetora. As indicações da cirurgia foram: neoplasia em 19 (65%) (Dukes C: 9 pacientes), proctite acínica em 5 (17%), adenoma viloso benigno em 3 (10%), e complicações após prévia anastomose colorretal baixa em 2 (7%). Não houve mortalidade hospitalar. Morbilidade específica em 4 pacientes (14%) que necessitaram uma reintervenção cirúrgica por complicações sépticas e outros 4 pacientes (14%) que, por falha da anastomose colo-anal, tiveram uma colostomia permanente. Em 8 pacientes (27%) houve uma estenose da anastomose, documentada, que necessitou de dilatação. O seguimento médio destes pacientes foi de 20 meses (3 a 54 meses). A média de evacuações diárias ao final destes 20 meses foi de 3 ao dia, e 3 pacientes queixaram-se de incontinência anal intermitente. Dos 19 pacientes portadores de Ca de reto, 2 (11%) morreram da doença, 5 tiveram metástases a distância e 1 recidiva local.

Conclusões — A anastomose colo-anal pode ser realizada com segurança. A maior parte dos pacientes tem uma continência anal satisfatória aceitável. A alta incidência de metástases a distância em pacientes com Ca de reto em estadiamento avançado não excede a expectativa de lesões semelhantes tratadas por uma amputação abdominoperineal do reto tradicional. A anastomose colo-anal parece ser uma alternativa viável à colostomia permanente em pacientes cuidadosamente selecionados, tanto com lesões benignas quanto malignas.

Colite Isquêmica em Aneurisma de Aorta Roto

STEVEN RIMAR, MARIO VILLALBA — Royal Oak, Michigan.

Cinquenta e cinco pacientes com aneurisma roto de aorta foram operados entre janeiro de 1978 e dezembro de 1983. A idade média dos doentes foi de 71 anos (53 a 91 anos). Onze pacientes morreram durante o ato cirúrgico ou no pós-operatório imediato. A mortalidade foi de 51%. Os enxertos foram assim distribuídos: 21 aórticos; 20 aorto-ilíacos; 10 aorto-femorais; 2 combinados aorto-femoral direito/aorto-ilíaco es-

querdo; 1 combinado aorto-ilíaco direito/aorto-femoral esquerdo.

Em oito pacientes houve colite isquêmica documentada. Sete pacientes foram submetidos a colectomias. Um paciente morreu 9 dias após a colocação do enxerto e o exame pós-mortem mostrou o cólon esquerdo necrosado. A idade média deste grupo de doentes foi de 72 anos (53 a 90 anos). Os enxertos realizados foram: 2 aórticos; 4 aorto-ilíacos; 1 aorto-femoral e 1 combinado aorto-femoral direito/aorto-ilíaco esquerdo. O sinal clínico mais comum foi de diarreia sangüinolenta, observada em 3 pacientes no primeiro dia de pós-operatório. Um paciente apresentou um cólon isquêmico já na intervenção para a cura do aneurisma. Os demais pacientes apresentaram a isquemia mais tardiamente, com um quadro séptico acentuado. A mortalidade geral deste grupo de pacientes foi de 75%.

Conclusões — A colite isquêmica necessitando de ressecção cirúrgica ocorreu em 14% dos pacientes submetidos a cirurgia por aneurisma roto da aorta. Somente 3 pacientes apresentaram sinais de isquemia precocemente sendo 2 destes pacientes os únicos sobreviventes desta complicação. Devido à alta incidência desta afecção recomendamos os autores a sigmoidoscopia flexível precocemente, nos pacientes portadores de aneurisma de aorta.

Tratamento Cirúrgico do Crohn do Cólon: Revisão de 100 casos

RAMSES WASSEF, DAVID A. ROTHEMBERG — St. Paul, Min. — STANLEY M. GOLDBERG — Minneapolis, Mn.

O tratamento cirúrgico da doença de Crohn do cólon ainda é controverso. Entre janeiro de 1978 e junho de 1985, 100 pacientes (60 mulheres e 40 homens) entre 14 a 86 anos de idade (idade média 41 anos), foram submetidos a tratamento cirúrgico por doença de Crohn do cólon, por: obstrução em 24, fístula em 19, perfuração em 14, ou outras complicações menos freqüentes. Quarenta e três pacientes tiveram também uma ressecção do intestino delgado, concomitantemente.

Noventa e um pacientes foram submetidos a colectomia com 40 submetidos a ressecção do delgado concomitantemente, principalmente do íleo terminal. Um estoma permanente foi realizado em 30 pacientes que foram submetidos a uma proctocolectomia total com ileostomia (27) ou a amputação abdominoperineal do reto (3). Dos restantes 61 doentes, 39 foram submetidos a

colectomias segmentares e 22 a colectomia subtotal. Um estoma foi realizado em 20 dos 61 pacientes, enquanto que a reconstituição do trânsito intestinal foi realizada com 54 anastomoses nos demais pacientes. Complicações pós-operatórias ocorreram em 21 pacientes do que resultou 1 morte. Durante o seguimento médio de 3 anos (6 meses a 6 anos), 10 pacientes necessitaram ressecção adicional por Crohn, sendo colectomia segmentar em 5, colectomia subtotal em 1 e proctectomia em 1.

Conclusões — Em pacientes com envolvimento colônico limitado, a ressecção segmentar pode ser realizada com facilidade em margens macroscopicamente livres. Em doença de Crohn mais extensa do cólon o estado do reto deve determinar a escolha do procedimento cirúrgico: colectomia subtotal, se o reto estiver relativamente preservado, ou proctocolectomia total se houver comprometimento do reto ou região perianal. A amputação abdomino-perineal do reto com colostomia terminal do sigmóide é uma técnica adequada para o raro paciente que apresenta severo comprometimento do reto e/ou da região perianal porém com o restante do cólon livre de doença.

Manejo Cirúrgico da Fístula Íleo-Sigmóide em Pacientes com Doença de Crohn do Íleo Terminal

P.L. BENN, R.R. DOZOIS, J.H. PEMBERTON, B.G. WOLFF — Rochester, Mn.

O achado de uma fístula íleo-sigmóide em um paciente com doença de Crohn do íleo terminal representa uma dúvida: devemos fazer uma ressecção em bloco do sigmóide com o íleo, ou simplesmente separar a fístula do sigmóide e suturar o orifício do cólon? A possibilidade de uma fístula colo-cutânea ou a deiscência da sutura deve ser comparada com as complicações de uma ressecção de cólon desnecessária.

Entre 1975 e 1985, 43 pacientes foram submetidos a cirurgia por fístula íleo-sigmóide, na Clínica Mayo, por complicação da doença de Crohn do íleo terminal. A idade média dos pacientes foi de 34 anos (18 a 71 anos). O diagnóstico de doença de Crohn já era conhecido em média há 7 anos. A fístula íleo-sigmóide foi documentada pré-operatoriamente em menos de 25% dos doentes.

Em 22 pacientes precedeu-se à ressecção do íleo e separação da fístula do sigmóide, com sutura do orifício do cólon. Dois pacientes (9%) desenvolveram tardiamente fístula sigmóide-cutânea que necessitou de tratamento cirúrgico, 2 e 20 anos após a ressecção do íleo, respectivamente.

Nenhum paciente necessitou de colostomia protetora.

Em 21 pacientes realizou-se tanto a ressecção do íleo quanto a sigmoidectomia. Inflamação macroscópica do segmento do sigmóide estava presente em 3 pacientes já na laparotomia. O exame anatomopatológico, contudo, não revelou comprometimento da mucosa do sigmóide por doença de Crohn. Em 2 casos o patologista mostrou colite de Crohn em cólons aparentemente normais. Não houve deiscência de anastomose ou recidiva tardia da doença de Crohn neste grupo.

Conclusões — Quando uma fístula íleo-sigmóide é encontrada em uma laparotomia por doença de Crohn do íleo terminal, a simples separação da fístula com ressecção do íleo e sutura do orifício do cólon é um procedimento seguro, desde que o sigmóide também não esteja comprometido com doença de Crohn ou processo inflamatório muito extenso.

Prognóstico a Longo Prazo na Doença de Crohn

PETER H. HARPER, VICTOR FAZIO, FRANK L. WEAKLEY, IAN C. LAVERY — Cleveland, Ohio.

Com o objetivo de investigar o prognóstico a longo prazo dos pacientes portadores de doença de Crohn, os autores fizeram uma revisão da evolução clínica dos pacientes com diagnóstico de doença de Crohn, internados na Cleveland Clinic antes de 1965. Ao todo foram 604 pacientes estudados que se incluíram neste protocolo. Cento e quatro pacientes deste total tiveram seu tratamento definitivo e seguimento na Cleveland Clinic por mais de 15 anos. Os 104 pacientes (61 homens e 43 mulheres) tiveram um seguimento médio de 22,5 anos (15,2 a 43,5 anos) e 89 deles (86%) necessitaram tratamento cirúrgico por causa da sua doença. Cirurgia definitiva foi realizada em 21 dos 22 doentes (95%) com doença de Crohn do delgado, e 44 dos 48 (92%) com comprometimento misto de delgado e grosso; e 24 de 34 (71%) com somente comprometimento do cólon. Sessenta e dois pacientes necessitaram de uma segunda cirurgia curativa, e 39 de uma terceira cirurgia. No estudo geral, 33 pacientes (32%) necessitaram de uma proctocolectomia e 49 (47%) tinham uma ileostomia quando vistos pela última vez na Cleveland Clinic. As intervenções cirúrgicas foram realizadas precocemente após o diagnóstico de doença de Crohn em 79% dos pacientes porém em 21% a cirurgia curativa ocorreu após 15 anos de evolução.

Colite por *Clostridium difficile* (CD)

JAMES M. CHURCH, VICTOR W. FAZIO —
Cleveland, Ohio.

Foram revisados pelos autores os prontuários de 133 pacientes consecutivos (65 homens e 68 mulheres) com idade variando entre 15 meses a 88 anos, média de 57 anos, internados na Cleveland Clinic entre 1982 e 1984 com cultura positiva para CD ou sua toxina, com o objetivo de avaliar o impacto desta infecção em um grande hospital, identificar as suas características e os pacientes de risco, avaliar os resultados na terapêutica instituída. Todos os pacientes tiveram alguma alteração da função intestinal (diarréia em 121, sangramento em 36). Outros sintomas menos específicos foram também comuns. A maior parte dos pacientes foi submetida a tratamento com antibióticos múltiplos, mas destes aqueles em tratamento com só um antibiótico, as cefalosporinas, foram os mais freqüentes (21/43). Dezenove pacientes estavam recebendo quimioterapia para câncer. Em 105 pacientes a toxina para CD foi positiva, e em 72 a cultura foi positiva, porém em só 3/39 foram vistas membranas na endoscopia. Proctocolite inespecífica foi encontrada em 13/39. O tratamento consistiu em: somente parar o antibiótico, em 32/39; administração de vancomicina, em 63/72; administração de metronidazol, em 10/11. A mortalidade geral foi de 23%, relacionada às seguintes causas: colite por CD em 2 casos; sepsis em 16, câncer em 5 e insuficiência cardíaca em 4. Pacientes em estado crítico têm um risco maior para esta infecção porque estão geralmente recebendo múltiplos antibióticos ou quimioterapia para câncer e devido ainda a estase colônica. O diagnóstico é geralmente tardio devido ao baixo índice de suspeita clínica, sintomatologia variável e múltipla, tempo para se observar resultado laboratorial. O tratamento convencional com vancomicina é eficiente embora altas doses de vancomicina (125 mg/dia) representem um custo necessário.

Tumores Sacrais e Retrorretais

SHARON GRUNDFEST, VICTOR M. FAZIO,
KENNETH MARKS — Cleveland, Ohio.

Os autores fizeram a revisão de 42 tumores sacrais e retrorretais internados na Cleveland Clinic, com ênfase na incidência, diagnóstico e tratamento. Tumores benignos podem ser diferenciados dos malignos na história clínica, exame físico, estudos radiológicos, tomografia computa-

dorizada (CT) e ressonância nuclear magnética, estes dois últimos os mais eficientes para o estadiamento. Tumores benignos podem ser removidos por via posterior. Todos os tumores malignos e benignos maiores que 3-4 cm em diâmetro devem ser removidos por via combinada anterior e posterior. Todos os tumores devem ser completamente removidos, uma vez que tanto os benignos quanto os malignos recidivam caso a ressecção tenha sido incompleta. Radioterapia e quimioterapia podem ser de alguma utilidade como palição em tumores malignos.

Avaliação Intra-operatória da Integridade da Anastomose após a Ressecção Anterior

RANDOLPH M. STEINHAGEN, ELIZABETH B. HARRINGTON, A. JAMES McELHINNEY —
New York, N.Y.

As indicações para uma colostomia protetora após uma ressecção anterior ainda não estão bem definidas. Os autores examinaram o papel da avaliação intra-operatória da integridade da anastomose em relação à necessidade de uma colostomia protetora.

Uma série pessoal de 40 casos (38 homens e 2 mulheres) consecutivos, submetidos à ressecção anterior, foi estudada em pacientes operados entre julho de 1983 e novembro de 1985. Todas as anastomoses foram avaliadas imediatamente após o término das mesmas, por injeção de povidine no reto e/ou ar; todos os vazamentos foram reparados e suturados quando possível. Vinte e oito pacientes dos 40 (70%) foram operados por câncer do reto ou reto-sigmóide. Em trinta e sete se utilizou o "stapler" por via transanal, e em 3 a sutura foi manual. Treze dos 40 (33%) foram anastomosados ao reto distal. Vazamento intra-operatório foi demonstrado em 10 casos (25%), dos quais 9 pelo "stapler" e 1 sutura manual. Em 2 dos 9 casos de "stapler" o anel de tecido estava intacto. Em ambos bem como no caso de sutura manual este vazamento poderia ter passado despercebido. A correção do vazamento foi possível em 6 casos e em 4 foi necessária uma colostomia protetora.

Os anéis de tecido retirados do "stapler" estavam incompletos em 10 dos 37 casos. Em 3 destes não se evidenciou vazamento intra-operatório. Nenhum dos três precisou de colostomia ou reforço da anastomose. Não houve vazamento da anastomose ou abscesso pélvico em nenhum dos pacientes no pós-operatório.

O exame do anel de tecido retirado do "stapler" não é confiável. Em 7% dos casos estudados

demonstrou-se vazamento ainda que os anéis estivessem íntegros, e em 30% dos anéis incompletos não se demonstrou vazamento. A avaliação intra-operatória da integridade da anastomose deve ser rotineira após uma ressecção anterior, tanto com a utilização do "stapler" quanto com sutura manual. Colostomia protetora deve ser indicada somente nos casos em que o vazamento demonstrado não possa ser suturado.

Colectomia Confortável: Controle da Dor no Pós-Operatório com o Uso de Morfina Intratecal

LEIGH MCBRIDE, TIMOTHY M. TALBOTT – Grand Rapids, MI.

A injeção intratecal de morfina já tem sido utilizada no passado para o alívio da dor crônica associada às neoplasias. Mais recentemente, esta técnica tem sido utilizada para o controle da dor aguda do pós-operatório. É particularmente útil em pacientes em que se utilizou uma incisão abdominal. A injeção de morfina intratecal imediatamente antes do início da operação em pacientes submetidos a laparotomias produz um pós-operatório mais confortável ao doente. As primeiras horas de pós-operatório, já livres de dor, permitem ao paciente uma ventilação mais adequada e deambulação mais precoce, resultando em um menor número de complicações pulmonares.

O propósito deste trabalho é mostrar a experiência da Ferguson Clinic em 100 pacientes consecutivos que receberam morfina intratecal por ocasião da colectomia. A avaliação da dor, necessidade de analgésicos e complicações comparadas a um grupo-controle que recebeu o tratamento convencional para o controle da dor com analgésicos, mostrou que os pacientes que receberam uma injeção de morfina intratecal tiveram um alívio muito maior da dor nas primeiras 24 horas pós-operatórias. A injeção intratecal de morfina é segura e um método simples de produzir analgesia no pós-operatório imediato de uma laparotomia.

Tratamento Cirúrgico da Fístula em Ferradura

D. HELD, I.T. KHUBCHANDANI, J. SHEETS, J. STASIK, L. ROSEN, R. RIETHER – Allentown, Pa.

Os autores fizeram a revisão do tratamento cirúrgico de 70 pacientes tratados consecutivamente por fístula perianal em ferradura, anterior e posterior. Em 55 casos a fístula ou abscesso era

posterior e em 15 anterior. O tratamento consistiu em incisão e drenagem com fistulectomia primária em 53 doentes e incisão e drenagem com reparo do esfíncter (seton) com fistulectomia tardia. O seguimento foi de 1 a 10 anos com média de 3 anos. Abscesso recidivado com fístula foi observado em 10% dos casos e foi relacionado com a má drenagem e fechamento superficial da cavidade abscedada. A recidiva foi significativamente maior no grupo em que se realizou a incisão e drenagem com fistulectomia primária. A utilização do reparo do esfíncter (seton) parece promover uma drenagem mais adequada e prolongada fazendo desta técnica a mais adequada ao tratamento das fístulas complicadas.

Correção da Fístula Perianal Anterior com Retalho de Deslizamento

DAVID NEUFELD, IRA J. KODNER, ROBERT D. FRY, ELI SHEMESH – St. Louis, Mo.

Os autores apresentam a sua experiência com uma nova técnica para o tratamento cirúrgico das fístulas perianais anteriores. A série inclui 6 pacientes tratados nos últimos 5 anos no "Jewish Hospital" em St. Louis com um seguimento de até 5 anos. Nesta série limitada, não houve complicações e só uma recidiva precoce. A maior parte destes doentes já tivera alguma forma de correção de sua fístula. A técnica cirúrgica compreende a ressecção da cripta anal, fechamento do orifício interno e deslizamento de um retalho de mucosa retal, drenagem do trajeto fistuloso. A maior vantagem desta técnica é a preservação da integridade do esfíncter anal, evitando o risco da incontinência anal, especialmente nas fístulas anteriores onde o mecanismo esfíncteriano é mais tênue. Os autores acham esta técnica mais bem sucedida do que o reparo do esfíncter (seton).

Dilatação Tóxica do Cólon: Uma Análise de 70 Casos

JAQUES HEPPELL, DENIS BERNARD, STEPHEN MORGAN, EDWARD FARKOUH, SERGE DUBE, ANDRE PELOQUIN – Montreal, Canadá.

O propósito deste estudo foi o de determinar as características clínicas e o prognóstico de 70 pacientes tratados por megacólon tóxico (MT) em 5 hospitais universitários de Montreal, entre 1970 e 1984. Trinta e cinco eram homens e 35 mulheres, com idades variando entre 12 e 71 anos, média de 39 anos. O MT ocorreu já no

episódio inicial de colite ulcerativa em 43 pacientes (61%). Só 5 pacientes tiveram colites específicas: salmonelas (2), isquêmica (2) e pseudomembranosa (1). Dos 65 pacientes com colite inespecífica, 6 foram operados de emergência por peritonite (5) ou sangramento maciço (1). Nos 59 pacientes restantes o MT foi curado em 9 (15%), melhorou temporariamente em 14 (20%) e permaneceu inalterado em 36 (60%) com tratamento médico intensivo. A mortalidade pós-operatória geral foi de 11% para todos os casos (6/56), 4% para os casos sem perfuração (2/50) e 27% para os com perfuração (4/15). A mortalidade aumentou com o retardo da cirurgia.

Nenhum dos pacientes operados dentro dos primeiros 5 dias morreu. Quando o MT se complicou com sangramento (9) ou peritonite (8), a mortalidade aumentou em 33% e 27% respectivamente. Proctocolectomia foi realizada em 19 pacientes (34%). Dos 37 pacientes (66%) nos quais o reto foi preservado a reconstituição do trânsito só foi possível em 7 doentes (19%) dentro dos primeiros 12 meses, após o episódio de MT. Em resumo, o MT tem uma mortalidade bastante alta quando associado a perfuração e hemorragia, e ainda com o retardo do tratamento cirúrgico. O mecanismo esfinteriano deve ser preservado na tentativa de reconstituir o trânsito intestinal posteriormente em pacientes selecionados.

Regeneração da Mucosa Retal após Anastomose Íleo-anal

P.R.O'CONNELL, J.H. PEMBERTON, L.H. WEILAND, R.W. BEART, R.R. DOZOIS, B.G. WOLFF – Rochester, Mn.

A regeneração da mucosa retal após a mucosectomia e anastomose íleo-anal pode prejudicar o prognóstico tardio do tratamento cirúrgico de pacientes com R.C.U.I. ou Polipose Familiar do Cólon (PFC). O objetivo dos autores é determinar a eficiência da mucosectomia retal e determinar se ocorre regeneração da mucosa retal após a anastomose íleo-anal (AIA). Vinte pacientes que foram submetidos a ressecção de sua AIA prévia, acompanhada da musculatura retal circundante, foram estudados pela patologia. A ressecção foi realizada em média 15 meses após a AIA (2 a 48 meses). A AIA havia sido realizada em 19 pacientes por RCUI e por PFC em 1. Vários cortes histológicos da peça foram realizados para o estudo histológico completo.

Resultados — Pequenas ilhotas de mucosa retal residual foram identificadas em 3 pacientes sub-

metidos a AIA por RCUI cerca de 5, 6 e 8 meses antes. Em cada caso a mucosa residual parecia íntegra e sadia. A reepitelização do músculo retal desnudo não foi vista em nenhuma peça. A musculatura retal estava firmemente aderida a serosa do íleo por tecido fibroso denso.

Conclusões — Pequenos ninhos de mucosa retal pode permanecer após a mucosectomia. Não houve regeneração da mucosa retal até 4 anos após a mucosectomia e AIA.

Teste do Sangue Oculto não é Fiel para o Diagnóstico das Neoplasias — Colônicas Curáveis

G.H. BALLANTYNE, G. LESTOV, M.J. ZDON, K.E. ZUCKER, I.M. MODLIN — West Haven, Ct.

O teste do sangue oculto nas fezes tem sido usado freqüentemente como método de "screening" na pesquisa de neoplasias do cólon. Entretanto não existe ainda um trabalho comprovando a sua importância e melhorando o prognóstico da doença. Em razão disto os autores estudaram prospectivamente a sensibilidade do teste do sangue oculto (SO) na detecção das neoplasias do cólon.

Todos os pacientes submetidos a cirurgia eletiva no "West Haven Medical Center" foram também submetidos a sigmoidoscopia flexível (SF) como parte do seu exame de admissão ao hospital. Os pacientes com queixas gastrointestinais ainda eram submetidos a uma colonoscopia (CO). O SO foi registrado prospectivamente. Durante o primeiro ano do Serviço de Endoscopia, 583 pacientes foram submetidos a SF ou CO. O teste do SO não foi registrado em 79 pacientes (13,6%) e estes foram retirados do estudo. Os resultados dos demais 506 pacientes estão na tabela abaixo:

OB	Nº	%CO	%SF	%H.	%M	% Pólipos	% Ca	% Divertículos
-	348	55,5	44,5	98,9	1,1	25,6	2,6	36,2
+	158	76,5	23,4	98,1	1,9	39,0	10,1	43,0

Os dois grupos de pacientes eram semelhantes em idade, sexo e raça. O número de pólipos e Ca em ambos os grupos são mais elevados do que aqueles revelados por testes de "screening" em massa e referem uma pré-seleção de pacientes encaminhados a um serviço de cirurgia. O achado de 26,6% de pólipos em pacientes com SO negativo mostra que o teste é falho para detec-

tar lesões neoplásicas potencialmente curáveis em cerca de um quarto dos doentes. Estes dados indicam que o uso do teste do sangue oculto como "screening" na detecção das neoplasias do colo e reto vai resultar em um número significativamente grande de lesões não diagnosticadas em fase de cura. Os autores recomendam a utilização do SF em lugar do SO para a detecção de neoplasias do cólon potencialmente curáveis.

Colonoscopia Após a Polipectomia Endoscópica

R. HOLTZMAN, J.B. POULARD, S. BANK, L.R. LEVIN, G.W. FLINT, R.J. STRAUSS, I.B. MARGOLIS – Jamaica, N.Y.

Os autores revisaram 323 pacientes submetidos a polipectomia endoscópica entre janeiro de 1980 e dezembro de 1983, com a finalidade de avaliar a necessidade da repetição da colonoscopia no seguimento destes doentes. Dos 323 pacientes, 141 foram submetidos a colonoscopias subseqüentes entre 1 e 4 anos após o exame inicial, com uma média de 32 meses. Oitenta e um destes pacientes (57%) tiveram um exame colonoscópico normal. Os 60 restantes (43%) tiveram pólipos recorrentes, e destes 1/3 teve pólipos recorrentes durante o seguimento subseqüente. A maior parte dos pacientes com pólipos recorrentes foi identificada já no primeiro ano (33 [55%]) e estes pacientes tiveram um risco maior de uma outra recorrência (17 [52%]). A primeira recorrência foi detectada no segundo ano em 14 pacientes (23%), no terceiro ano em 9 doentes (15%), e no quarto ano nenhum paciente apresentou pólipos recorrentes. Trinta e nove pacientes que tiveram uma segunda colonoscopia normal foram submetidos a outra colonoscopia e destes somente 3 mostraram pólipos recorrentes.

Os pacientes com pólipos recorrentes diferiram, no seguimento, daqueles que tiveram colonoscopia normal, no sentido de que eles apresentaram uma porcentagem maior de dois ou mais pólipos (42% vs. 26%) no exame inicial, e ainda apresentando uma média de idade mais elevada (64,3 vs. 59,7 anos). As variáveis que não tiveram influência na identificação de pacientes de risco foram: sexo, tamanho do pólipo e presença de atipias.

Dois pacientes desenvolveram carcinoma. Um deles foi submetido a polipectomia em 1977 e não teve um controle endoscópico até 1982, quando apresentou um pólipo de 1,5 cm de diâmetro na flexura hepática com foco de adenocarcinoma. O outro havia sido submetido a colonoscopias com polipectomia em 1977 e 1979.

Em 1981 quando submetido a colonoscopia foi encontrada uma lesão séssil de 2 cm de diâmetro na flexura hepática com carcinoma infiltrativo bem diferenciado. Os nossos resultados sugerem que após uma colonoscopia com polipectomia, os pacientes devem ser submetidos a colonoscopias anuais de seguimento até que tenham dois exames negativos consecutivos. Após o segundo exame negativo devem ser submetidos a reexames com intervalos de 3 ou 4 anos a menos que se apresentem sintomáticos.

Seguimento Colonoscópico no Tratamento Cirúrgico do Câncer Colo-Retal

ERNST WEINS, WOYTUK BREZINSKI, DENISE HARBORA, R.N., JONN HANSON – Edmonton, Alberta (Canadá).

Os autores realizaram um estudo prospectivo para documentar os achados da colonoscopia em um grupo de pacientes que foi previamente submetido a tratamento cirúrgico para câncer colorretal. Em 1º de janeiro de 1985, 312 pacientes tinham sido submetidos a pelo menos um estudo colonoscópico, 134 tiveram duas colonoscopias e 52 pacientes submetidos a pelo menos três exames endoscópicos, pelo menos com um ano de diferença entre cada exame.

Ao primeiro exame colonoscópico, foram encontrados 43 pólipos neoplásicos excluindo-se os hiperplásicos. Cânceres metácronos foram encontrados em 8 pacientes, e 3 doentes tinham recidiva. Dois outros pacientes foram submetidos a ressecção colônica por lesões benignas muito grandes para serem removidas endoscopicamente.

Ao segundo exame endoscópico em 134 pacientes, foram encontrados 14 pólipos neoplásicos. Não foram encontrados recidivas ou tumores metácronos.

Ao terceiro exame, de 52 pacientes, 7 apresentaram pólipos neoplásicos. Não houve tumores metácronos, porém 2 doentes tiveram recidivas.

Os autores concluem que o estudo demonstra a importância da colonoscopia como meio semiótico de seguimento pós-cirurgia para o câncer colorretal. O grande número de lesões encontradas durante o primeiro exame endoscópico mostra a necessidade de um estudo colonoscópico pré-operatório no sentido de avaliar e eliminar outras lesões do cólon por polipectomia. Os achados de recidiva até 4 anos após a cirurgia inicial mostram o crescimento lento das neoplasias malignas colorretais.

Incidência e Significado dos Pólipos Hiperplásicos do Reto e Sigmóide

A.E. TIMMCKE – St. Louis, Mo. J.A. COLLER, D.J. SCHOETZ, M.C. VEIDENHEIMER – Burlington, Ma.

Os pólipos hiperplásicos (metaplásicos) descritos por Morson são raramente mencionados em séries estatísticas de pólipos neoplásicos nos estudos sigmoidoscópicos. Isto parece indicar uma baixa incidência deste tipo de pólipos, o que é contrário à experiência de qualquer endoscopista. Se os pólipos hiperplásicos não estão associados ao aumento do risco do câncer colorretal, seria importante ao menos determinar a sua incidência, distribuição, e história natural, limitando o seu tratamento e custo diagnóstico.

Uma série de 3.171 retossigmoidoscopias rígidas consecutivas, realizadas pelo mesmo examinador entre dezembro de 1984 e junho de 1985, foi estudada. Trezentos e vinte e quatro pacientes (10,2%) tiveram 518 pólipos. Todos os pólipos maiores do que 3 mm em diâmetro foram removidos. Além disto 46,6% de pólipos de 3 mm (81 pólipos) foram eletrocoagulados.

Dos 337 pólipos examinados histologicamente de 255 pacientes, pólipos hiperplásicos representaram 54,9% (185 pólipos). Além disto, 39,8% (134 pólipos) eram neoplásicos e 5,3% (18 pólipos) eram lesões de outro tipo histológico. Se analisarmos somente os pólipos pequenos (menores do que 5 mm), os pólipos hiperplásicos representam 73,3%. Nenhum pólipos hiperplásico foi maior do que 1 cm. Só 19 pólipos neoplásicos foram maiores do que 1 cm. Pólipos hiperplásicos e neoplásicos foram encontrados em 19 pacientes (7,4%). Em 7 pacientes houve carcinoma em pólipos neoplásicos e em outros 5 doentes foi encontrado um carcinoma anular ou ulcerado, com uma prevalência de 0,4% para o carcinoma. Câncer foi detectado em 4 pólipos com 0,5 a 1,0 cm de diâmetro. Nenhum carcinoma foi visto em pólipos com menos de 5 mm de diâmetro, embora este grupo represente 54,9% dos pólipos examinados histologicamente.

A prevalência de pólipos não neoplásicos com menos de 5 mm de diâmetro sugere que pólipos com este tamanho não necessitam de exame histológico, sem a necessidade de destruí-los também. Ao contrário, a incidência de neoplasia

em pólipos de 5 mm de tamanho, ou maiores, indica a necessidade de seu estudo histológico e dá um excelente indicador de fator de risco de câncer colorretal.

Experiência de um Hospital Comunitário com Câncer Colorretal Metácrono

MARTIN LUCHTFELD, DONALD ROSS, JOHN ZANDER, J. ROLAND FOLSE – Springfield, Il.

A incidência de câncer colorretal metácrono tem sido publicada como sendo de 1 a 5%, e a maioria dos casos diagnosticados dentro dos primeiros 5 anos do câncer inicial. Os autores realizaram um estudo retrospectivo de todos os pacientes operados de carcinoma colorretal nos Hospitais filiados a "Southern Illinois University", com o propósito de determinar a incidência dos tumores metácronos nesta instituição. Neste estudo, foi definido como carcinoma metácrono um segundo tumor ocorrendo pelo menos após 3 anos do tumor inicial. Este tempo foi escolhido para se evitar a inclusão de eventuais lesões recidivantes. Entre 1978 e 1984 ocorreram 24 pacientes com carcinoma metácrono colorretal, identificados em um grupo de 707 pacientes com uma incidência de 3,4%. Todos os pacientes com lesões metácronas foram considerados curados após a cirurgia para o tratamento da lesão inicial, sem evidência de infiltração local, regional ou a distância. Estes cânceres metácronos foram diagnosticados de 3 a 35 anos de intervalo da cirurgia inicial. Dezesseis lesões metácronas (67%) ocorreram 11 anos ou mais da cirurgia inicial. Lesões polipóides síncronas ou diagnosticadas posteriormente ocorreram em 17 (71%) pacientes. Destes, 5 doentes tinham um pólipos presente na peça cirúrgica original, 6 pacientes tiveram pólipos removidos no intervalo entre os cânceres, e 10 pacientes tiveram pólipos na peça por ocasião da segunda cirurgia. Treze dos cânceres metácronos ocorreram no cólon direito, 6 tumores estavam distribuídos no cólon transversal e descendente e 5 no cólon sigmóide. Esta distribuição não parece ter um valor estatístico, uma vez que os tumores iniciais tiveram sua prevalência no cólon esquerdo, porém o estudo indica a necessidade de seguimento dos pacientes tratados por carcinoma colorretal por toda a sua vida.